الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي
مكتب ..................................



نموذج رقم (١)

# طلب اشتراك مؤمن عليه

الفئة : ١ عاملين لدى الغير ☐ ٢ أصحاب أعمال ☐
٣ المصريين بالخارج ☐ ٤ عمالة غير منتظمة ☐

رقم المنشأة: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

اسم المنشأة: ..............................................................................

## بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

الرقم القومي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

اسم المؤمن عليه: .................................... الجنسية: ..................................

المؤهل: ................................ كود المهنة: ☐☐☐/☐☐☐ المسمى: ................................

تاريخ بدء الاشتراك: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

| نوع المدة |
|---|
| ☐ ☐ |

المسمى: .................................

| كود الاشتراك |
|---|
| ☐ ☐ |

المسمى: ............ القطاع: ............ ☐

*أجر أساسي: (قرش | جنيه)
(لحساب ٧٪ وفقاً لقانون العمل)

*أجر /دخل الاشتراك : (قرش | جنيه)

*الأجر الشامل : (قرش | جنيه)
(لحساب اشتراك التأمين الصحي الشامل)

صلة القرابة بصاحب العمل: ☐ ............................ * تستوفى للأقارب حتى الدرجة الثانية بالمنشآت الفردية.

بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ نسبة العجز: ...................٪

## بيانات محل إقامة المؤمن عليه

**العنوان داخل مصر**

عقار رقم : ☐☐☐☐

شياخة / قرية : ☐☐

شارع / حارة: ............................................................

قسم / مركز: ☐☐ محافظة : ☐☐

**العنوان خارج مصر**

الدولة : ..................................... ☐☐

المدينة : ..................................... ☐☐

جهة العمل: ...................................................

توقيع المؤمن عليه: .................................................. توقيع المدير المسئول: ..................................................

رقم التليفون : ..................................................

البريد الإلكتروني: ..................................................

تحريراً في: / /

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي: ..............................................................

| البيان | مستلم الطلب | المراجع | سجل آلياً بمعرفة | روجع آلياً بمعرفة |
|---|---|---|---|---|
| الاسم | | | | |
| التوقيع | | | | |
| التاريخ | | | | |

**ملحوظة**: على صاحب العمل والعامل الإطلاع على التوجيهات الموضحة خلف النموذج مع التوقيع على الإقرار. (أنظر خلفه)

## إرشـــــادات

١. على صاحب العمل بالقطاع الخاص أن يرسل هذا النموذج من أصل وصورتين بالنسبة لكل مــن العاملين لديه مع طلب اشتراكه في الهيئة لأول مرة وخلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاق أي عامل جديد بالعمل لديه سواءً كان التحاقاً نهائياً أو تحت الاختبار.

٢. يرفق بالنموذج لدى اشتراك المؤمن عليه لأول مرة بالهيئة صورة شهادة الميلاد المميكنة وصورة بطاقة الرقم القومي أو صورة جواز السفر يتــم مطابقتها على الأصل بمعرفة الموظف المختص.

٣. التوقيع على هذا النموذج بما يفيد الإطلاع والموافقة على جميع البيانات الـواردة بـه ولا يجـوز لمـــن وقّع عليه أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.

٤. يستخدم هذا النموذج كطلب اشتراك في تأمين إصابات العمل فقط بالنسبة للفئات التالية:

(أ) من تجاوز سن الشيخوخة وأوقف انتفاعه بتأمين الشيخوخة والعجز والوفاة.

(ب) العاملون الذين يخضعون لأحكام قانون العمل ممن تقل أعمارهم عن ١٨ سنة.

(ج) العاملون المتدرجون والتلاميذ الصناعيون والطلاب المشتغلون في مشروعات التشغيل الصيفـي والخدمة العامة، ويشترط اعتمادالنموذج المحرر لهم من المدير المسئول بالهيئة التي تشرفعلى التلمذة الصناعية، والتدريب مع ختمها بخاتم هذه الجهة مع إرفاق نسخة من عقد عمل المتـدرب أو المستند المثبت لنوع العمل في جميع هذه الحالات.

(د) يقتصر استيفاء الأجر على الفئات التي يتقاضى فيها المؤمن عليه أجراً من صاحب العمل.

## إقـــــرار

اســـم المنشأة:........................................................ رقمها التأميني:........................................................

العنـــــــوان:........................................................................................................................

أقـر أنـا الموقِّـع علـى هـذا النمـوذج بـالالتزام بعـرض المـؤمن عليـه علـى اللجنـة الطبيـة المختصـة بالهيئـة المعنيةبالتأمين الصحي أو الجهة الطبية المختصة لإجراء الفحص الطبي الأولي وإثبات حالته الصحية وقت توقيع الكشف الطبي مع الالتزام بموافاة مكتب الهيئة التابع لـه المنشأة بتقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة عن حالته الصحية خلالأسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاقه بالعمل تطبيقاًلأحكام قانون العمل.

**توقيع (صاحب العمل / المدير المسئول)**

(                                        )

١ - أقر أنا........................................................ العامل بالمنشأة عاليه بأن أثبت حالتي الصحية أمام اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي أو الجهة الطبية المختصة وموافاة مكتب الهيئة التابع له المنشـــأة بالتقرير الطبي عن حالتي الصحية خلال أسبوعين من تاريخ التحاقي بالعمل وفي حالة عـدم قيامي بذلك فـإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ليس عليها أدنـى التزام قانونـي بصرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أياً كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الالتحاق بالعمل.

**توقيع المؤمن عليه**

(                                        )